

групі пацієнтів, про що свідчить і коефіцієнт атерогенності (КА), підвищення якого майже вдвічі відмічалось у дітей з НАЖХП порівняно з хворими на ЕКО ($3,68 \pm 0,2$ та $2,12 \pm 0,1$ — відповідно, $p \leq 0,001$). Моніторинг стану вуглеводного обміну виявив, що вміст глюкози натщесерце був в межах норми практично в усіх хворих (92%), проте, середні показники були достовірно вищими у дітей з діагностованою жировою хворобою печінки ($4,63 \pm 0,12$ та $4,2 \pm 0,11$ — відповідно, $p < 0,05$). Показники ІРІ були достовірно вищими в групі пацієнтів з НАЖХП, ніж у дітей з діагностованим ожирінням ($20,07 \pm 1,36$ та $12,7 \pm 0,75$ — відповідно, $p \leq 0,001$). Причому, базальна гіперінсулінемія (рівень вище 20 мкОд/мл) спостерігалася у 47% дітей основної групи. Розраховуючи індекс інсулінорезистентності $HOMA_{IR}$ ми виявили його достовірне підвищення майже вдвічі у дітей з НАЖХП порівняно з пацієнтами з ЕКО ($4,04 \pm 0,27$ та $2,33 \pm 0,15$ — відповідно, $p < 0,01$).

Виявлені в процесі дослідження дані дають змогу стверджувати, що розвитку НАЖХП у дітей сприяють виражені метаболічні порушення у вигляді схильності до розвитку компенсаторного гіперінсулінізму з подальшим формуванням інсулінорезистентності — важливого маркера, який відносить дитину до групи ризику по цукровому діабету 2 типу, та формування атерогенної дисліпідемії вже в дитячому віці. Отримані результати дозволяють діагностувати високу тенденцію до розвитку метаболічного синдрому у дітей з порушеннями функції печінки та пов'язаний з цим підвищений ризик розвитку ендокринних і серцево-судинних захворювань в дитячій популяції.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Лазарева Е.А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Украина.

Резюме: В статье рассматривается и обсуждается роль нейроэндокринных, психологических и других факторов в патогенезе синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. По предварительным результатам проведенного исследования нами выявлена прямо пропорциональная корреляция эндокринных нарушений и частоты проявления болевой дисфункции ВНЧС у женщин. В дальнейшей работе запланировано изучение механизмов возникновения болевой дисфункции ВНЧС у женщины фоне эндокринной патологии.

Актуальность: Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 30-65% людей [2, 3]. Причем на долю дисфункции приходится более 80% от всех патологий сустава, включая вывих, перелом, инфекционный или неинфекционный артрит и артроз. Страдают этим нарушением люди всех возрастов, дети, но, увы, далеко не все обращаются за медицинской помощью не зная к кому обратиться. Так же болевая дисфункция ВНЧС остаётся наименее изученной в наше время [2, 3, 4]. На данный момент, во врачебной практике синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава остаётся самым противоречивым диагнозом. Большинство врачей сталкиваются с отсутствием утверждённых протоколов диагностирования и оказания помощи. Паци-

енты с данной симптоматикой, становятся «медицинскими сиротами». Они отмечали, что испытываемая боль при дисфункции ВНЧС, могла быть сильнее, чем при сердечных приступах, переломом костей или почечной колике [4, 7]. Большинство практикующих врачей-стоматологов считают, что синдром болевой дисфункции ВНЧС, это следствие окклюзионной дисгармонии в зубных рядах и аномалий прикуса. Но в тоже время в 57,3-80,9% случаев данная патология встречается у лиц с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом [5, 6, 9]. На данный момент анализ статистических данных показывает, что заболевания ВНЧС у женщин, встречаются в 8-10 раз чаще, чем у мужчин [2, 3, 4]. Одной из основных причин неэффективности используемых методов лечения — не изученные механизмы возникновения данного заболевания, соответственно не возможность подбора оптимального лечения. Странники разных этиологических концепций игнорируют или преуменьшают роли других теорий, учитывая, что в основе данного заболевания лежит не одна причина [1].

Цель: изучение механизмов возникновения дисфункции ВНЧС разной этимологии, для разработки рекомендаций и протокола комплексной диагностики для усовершенствования проводимого лечения.

Материалы и методы исследования: За последние 4 года, осмотр больных проводился на кафедре ортопедической стоматологии ВГУЗУ «УМСА», а так же на базе частного стоматологического кабинета. Обследование прошли 190 больных, из них 130 (68,8%) женщин и 60 (31,2%) мужчин. Объектом нашего исследования стали девушки от 18 до 65 лет. Нами были созданы группы учитывая физиологические периоды жизни и клинические проявления дисфункции. Возрастные группы согласно физиологическим периодам жизни: I грп.: 14-18 — пубертатный; II грп.: 19-35 — ранний репродуктивный, III грп.: 36-45 — поздний репродуктивный; IV грп.: 46-55 — перименопауза; V грп.: 56 лет и старше — период постменопаузы. Были созданы две группы сравнения: с нарушениями окклюзии (дефектами зубных рядов и патологией прикуса), а так же с интактными зубными рядами и физиологическим прикусом. А так же 4 клинические группы: 1-я группа — пациентки с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с интактными зубными рядами и физиологическим прикусом; 2-я группа — пациентки с синдромом болевой дисфункции в сочетании с дефектами зубов и зубных рядов, 3-я группа — пациентки с дисфункциями сустава без болевого компонента, с физиологическим прикусом и интактными зубными рядами; 4-я группа — пациентки с дисфункциями сустава без болевого компонента, с нарушением окклюзии. Из групп исключались те пациентки, которые имели в анамнезе травмы лица и головы.

Для проведения специальной диагностики пациентки направлялись на исследование КТ, МР-Томографию, общий анализ крови и мочи. Смежная консультация у врача гинеколога, а так же лабораторный анализ крови на женские половые гормоны.

Результаты исследований. Предварительный анализ структуры распространенности исследуемой патологии у женщин в возрастном аспекте показал, что функциональные расстройства сустава имеют наибольшие показатели в ранний репродуктивный период, в то время, как в пубертатный и поздний репродуктивный периоды эти показатели находятся на одном уровне. В периоды пери- и постменопаузы распространенность заболевания самая низкая.

В процессе сбора анамнеза выявлено, что из сопутствующих заболеваний у женщин чаще всего встречались: болезни женской половой сферы — 42 %, патология щитовидной железы — 18,3%, аутоиммунные заболевания — 10,2%, патология сердечно-сосудистой системы — 11%, желудочно-кишечного тракта — 11%, другие заболевания — 7,5%. В группе сравнения у мужчин наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: шейный остеохондроз — 40,3%, патология дыхательной системы — 25,2%, желудочно-кишечного тракта — 21,0%, хронические инфекции — 9,2%, другие заболевания — 4,2%.

Предполагается, что фактором риска в возникновении патологии суставов и непосредственно дисфункции ВНЧС, является не только менопауза, а и послеродовой период, который имеет взаимосвязь с изменениями уровней половых гормонов. Гонадные стероиды влияют на клеточную и гуморальную иммунологическую реактивность в патогенетическом механизме возникновения патологии суставов. В тоже время андрогены подавляют иммуореактивность и реакцию хряща на процесс деструкции, могут вызвать акантоз макрофагоподобных клеток синовиальной оболочки. Но защитой хряща выступают эстрогены, увеличивая иммуореактивность, но и этот механизм пока остаётся не до конца изученным.

Необходимо учесть, что нарушения функции щитовидной железы влияют на продукцию гонадотропных гормонов и функцию половых желез. Исходя из этого, при сборе жалоб пациенток и внешнем осмотре мы фиксировали внимание на состоянии щитовидной железы. По показаниям пациентки осматривались эндокринологом, проходя ультразвуковое сканирование и анализ уровня тиреоидных гормонов.

Вывод. Вследствие улучшения качества диагностики, значительно повысилась количество выявляемых патологий ВНЧС. Что явилось обоснованием для выбора цели исследования. Нами было проведено исследование одного из предполагаемых механизмов заболевания ВНЧС. По предварительным результатам проведенного исследования нами выявлена прямо пропорциональная корреляция эндокринных нарушений и частоты проявления болевой дисфункции ВНЧС у женщин.

Литература

1. Баданин В.В. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с применением компьютерной томографии : Дис. канд. мед. наук. — М., 1996 — 124 с.
2. Новіков В.М. Зміни параметрів електроміограм жувальних м'язів хворих на м'язово-суглобову дисфункцію СНЩС у поєднанні з детермінованими порушеннями оклюзії / В.М. Новіков // Современная стоматология. — Киев, 2013. — № 1(65). — С. 116-121.
3. Новіков В.М., Зміни параметрів ЕРА-тестів аксіограм хворих із дисфункціональними порушеннями СНЩС та детермінованими порушеннями оклюзії на фоні системних ревматоїдних уражень., Друк., Український стоматологічний альманах науково-практичний рецензований журнал, Полтава, 2013. — №1. С. 76-81.
4. Новіков В.М., Кількісні зміни параметрів електроміограм жувальних м'язів хворих з ревматоїдними ураженнями СНЩС., Друк. Вісник проблем біології і медицини, Полтава, 2012. — випуск №4. — том 2(97). — С. 259-265.
5. Семенюк В.М. Состав и минеральная насыщенность нижней челюсти человека в связи с возрастом и состоянием зубочелюстной системы: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 319 с.

6. Семкин В.А. Патогенез ,клиника,диагностика и лечение нарушений движений нижней челюсти: Дис. ... д-ра мед.наук. — М., 1997. — 204 с.
4. Тревел Дж., Симонс Д., Миофасциальные боли.: Пер.с англ. — М.,1989. — 613 с.
5. Хватова В.А., Диагностика и лечение артроза височно—нижнечелюстного сустава, обусловленного нарушением функциональной окклюзии: Дис. ...д-ра мед.наук. — М., 1988. — 319 с.
6. Хватов И.Л. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на основании графической регистрации движений нижней челюсти: Автореф. Дис. ... канд. Мед. Наук. — М., 2000. — 25 с.
7. BaggiL., RubinoI.A., ZannaV., Martignoni M. Personality disorders and regulative styles of patient with temporomandibular joint pain dysfunction syndrome // Percept. Mot. Skills. — 1995. Vol. 80, N 1. — P. 267-273.
8. RaphaelK.G., MarbachJ.J. When did pain start?: reability of self-reported age of onset of facial pain // Clin. J. Pain. — 1997. — Vol. 13, N4. — P.352-359. KlausnerJ., 2000.
9. ZuccolottoM.C. Nobilo K.A., Nunea L. de J., Hotta T.H. Sliding plates on complete dentures as a treatment of temporomandibular disorder: a case report // Cranio. — 1999. — Vol. 17, N4. — P. 289-292

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБИОТИКОВ

Литвин Е.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Хорошо известна взаимосвязь между болезнями кожи и состоянием желудочно-кишечного тракта. Угревая болезнь представляет серьезную проблему в дерматологии. Вследствие неясности этиопатогенеза, сложности терапии больные с угревой болезнью представляют актуальную проблему. Роль микрофлоры кожи, гормональных нарушений в развитии УБ изучена хорошо, вместе с тем заболевания ЖКТ, в частности дисбактериоз кишечника, изучены недостаточно.

Цель работы: Изучение эффективности комплексной терапии больных угревой болезнью II-IV степени тяжести с использованием пробиотиков.

Материалы и методы: Определяли состояние микрофлоры кишечника у больных угревой болезнью традиционным способом (среда Эндо, Плоскирева и др.). Исследуемую группу составляли 27 больных с разной степенью тяжести угревой болезни, 24 из них получали антибиотикотерапию и отмечали временный успех лечения. В результате исследований были выявлены: снижение количества ферментативной активности кишечной палочки (ниже $3-4 \times 10^8$ б/г), появление гемолизированных кишечных палочек, грамм-вариабельных кокков у 32-36% пациентов. В этой же группе больных наблюдалось снижение количества бифидобактерий (менее 107 б/г) и у 5 больных (из 27), нарастание колоний грибов кандиды в ассоциации с золотистым стафилококком, длительно страдающих угревой болезнью. Можно сделать вывод, что достижение хороших результатов и длительной ремиссии у таких пациентов невозможно без включения в комплекс лечения препаратов, корректирующих дисбактериоз кишечника. Таким образом, дисбактериоз кишечника часто приводит к таким осложнениям у больных угревой болезнью, как абсцедирование, келоидизация, и существенно влияет на течение заболева-